Rok XXXIV. Kraków 27. Lipca 1895 r. Nr. 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmuje: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmuje: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, zaś w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku fir. Bronisław Grabowski 182, Clinton and 184, Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z kliniki lekarskiej prof. Dra Korczyńskiego.

Twory białe we krwi w przebiegu chorób gorączkowych a w szczególności w przebiegu duru brzusznego.

Podał

Dr. Walenty Jeż,

I. elew tejże kliniki.

Badanie krwi całkiem słusznie zajęło w ostatnich czasach jedno z pierwszych miejsc. Krew, to jeden z tych ważnych składników ludzkiego ustroju, w którym odzwierciedlają się zmiany nietylko do tego ważnego składnika jako takiego się odnoszące, ale również zmiany i schorzenia innych narządów ludzkiego ustroju we krwi niezawodnie odbić się muszą, choć jeszcze dzisiaj nie jesteśmy w stanie skutkiem małej znajomości histologii krwi i niedostatecznej statystyki osądzić na podstawie samego tylko badania krwi schorzenia innych narządów. Spostrzeżenia jednak postępują dalej, dzięki też czemu coraz więcej wkradamy się w owe tajniki we krwi tkwiące, rozpoznajemy histologię krwi a dzięki metodom barwienia przez Ehrlicha najpierw wskazanym i wrażliwości, jaką ciałka białe względem barwików stosownie do sprawy chorobowej i różnej ich natury chemicznej okazują, coraz więcej przyczyniamy się do łatwiejszego rozpoznawania, rokowania a, co za tem idzie, i leczenia niektórych chorób.

Że jednak zadaniu temu, jak wyżej wspomniałem, odpowiedzieć mogą tylko bardzo liczne pod względem jakości i ilości krwi dokonane badania, idąc w ślad za licznemi w ostatnich czasach publikacyami, postanowiłem, mając kilka przypadków duru brzusznego, zapalenia płuc, zapalenia opon mózgowych, zapalenia śródsierdzia itd. do dyspozycyi łaskawie mi przez prof. Dra Korczyńskiego oddanych, wyniki swych badań krwi w krótkości zestawić, by powiększyły liczbę dotychczas ogłoszonych, a to tembardziej, że poniżej przytoczone przypadki pozwalają, by osobliwie co do duru brzusznego wysnuć z nich wnioski rozpoznawcze i prognostyczne.

Zanim jednak przystąpię do omówienia samych przypadków, wspomnieć pokrótce muszę, jakich metod w badaniu krwi się trzymałem:

W obliczaniu ilości ciałek czerwonych jakoteż i białych, używałem przyrządów Thoma-Zeissa, używając jako płynu konserwującego dla pierwszych płynu Hayema, dla drugich $^1/_4$% kwasu octowego z małym dodatkiem fioletu goryczkowego (*Gentiana-Violet*).

Dla oznaczenia hemoglobiny używam przyrządu Fleischla, dającego dość dokładne wyniki z tą tylko różnicą, że zgodnie z Limbeckiem (*die Pathologie des Blutes*) nowe przyrządy dają daleko większe wartości, aniżeli starsze, o czem przy badaniach pamiętać należy i używać tylko jednego lub drugiego przyrządu.

Co się tyczy leukocytów, to trzymałem się podziału Kleina (*Kilka słów o badaniu klinicznem krwi*) nadmieniając, że nie uwzględniałem jednak jego ciałek pochodzenia niewiadomego a noszących nazwę „cienie" a tylko cienie neutrofilne i eozynofilne, które, zdaje się, są tworami nie wytworzonymi sztucznie, ale już w samej krwi się znajdującymi.

Krew otrzymywałem w ten sposób, że po oczyszczeniu palca za pomocą wyskoku i eteru, nakłówałem go odpowiednio cienkim trójgrańcem, wypuszczałem pierwszą kroplę a dopiero drugą kroplę krwi brałem na szkiełko podmiotowe, bardzo starannie oczyszczone, przykrywając lekko szkiełkiem nakrywkowem, tak by ustrzec składniki krwi od zmian ucisku szkiełka. Dla ustrzeżenia od wyschnięcia oblepiałem cały preparat szczelnie, do czego bardzo dobrze nadają się zwyczajne zapałki woskowe. Tak otrzymany preparat krwi

świeżej, oglądany pod drobnowidem (Reichert imersya 1: 12 okular 4), dawał mi pojęcie ogólne o jakości składników krwi i ich stosunku.

Dalszą kroplę, wziętą ostrożnie na szkiełko małe rozcierałem przy pomocy szkiełka drugiego równo po obydwóch, wstawiałem do piecyka, w którym powoli podnosiłem ciepłotę do 120°, poczem płomień zagaszałem, zostawiając preparaty, aż ciepłota obniży się do 100°. W ten sposób postępując otrzymywałem krew zasuszoną nadającą się do dalszego barwienia.

Sposobu ustalenia za pomocą alkoholu i eteru przez Nikoforoffa zalecanego zaniechałem (pozostawiając go tylko do badania pod względem obecności plasmodyów zimniczych), gdyż ziarnina neutrofilna często stawała się niewyraźną a nawet zupełnie znikała.

Do barwienia preparatów używałem, słusznie przez Neussera sokiem zwanego, barwika Ehrlicha *(Triacid-Losung)* uwydatniającego bardzo wyraźnie budowę i rodzaje ciałek białych.

Ilość leukocytów normalną, jak tego doświadczenia na zdrowych osobach stwierdzają, przyjmowałem między 6000 do 9000 w milim. sześc., uważając również jeszcze za stosunki prawidłowe, gdy granica w jednym lub drugim względzie przenosiła 1000.

Co do stosunku ilościowego różnych postaci leukocytów, to rozmaite u różnych autorów znajdujemy liczby. Przytoczę tylko ważniejsze jak Eichhorna, ucznia Ehrlicha: *(Über das Verhalten der Lymphocyten zu dem weissen Blutzellen)*, według którego we krwi zdrowego człowieka mamy 64% wielojądrzastych limfocytów, 28% jednojądrzastych, 6% eozynofilnych, 1% przejściowych. Löwit podaje 20% jednojądrzastych, innych zaś na 80%; Klein wielojądrzaste neutrofilne na 66%, jednojądrzaste małe 24%, jednojądrzaste duże 3%, przejściowe 5%, eozynowe $1^1/_2$%; Rieder ma 72% wielojądrzastych, 28% jednojądrzastych. Moje doświadczenia na 15-tu zdrowych osobach wykazały cyfry następujące: neutrofilnych 65%, limfocytów małych 25%, limfocytów dużych 3%, eozynofilnych 2%, przejściowych 2%. Z tego wypada 71% wielojądrzastych, 29% jednojądrzastych.

Tego też ostatniego stosunku trzymałem się w swoich badaniach i z nim porównywałem wszystkie dane inne, nadmieniając, że przy obliczaniu takiem liczyłem najmniej 600 ciałek białych i z tej dopiero sumy znajdywałem odpowiedni procent, chcąc w ten sposób uniknąć choćby najmniejszych błędów.

Zbierałem krew zawsze rano przed spożyciem przez chorego śniadania, lub o jednakowej porze dnia, uważając, by chory nie spożył większej ilości pokarmów.

Tyle co do samej techniki.

Liczba porządkowa	Imię i nazwisko i wiek chorego	Dzień badania	Ciepłota ciała	Ilość erytrocytów w 1 mm.³	Ilość leukocytów w 1 mm.³	% hemoglobiny	% neutrofilnych	% limfocytów małych	% limfocytów dużych	% przejściowych	% eozynofilnych	% wielojądrzastych	Rozpoznanie i uwagi
1.	B. M., lat 21. mężczyzna	13. Stycznia	40·4	4500000	3500	75	72	21	2·5	4·0	—	—	Dur brzuszny, 8. dzień, przebieg ciężki i długi. Wyzdrowienie.
		20. Stycznia	40·5	4000000	4262	—	70	25	1·7	3·2	—	—	
2.	Z. S., lat 19., mężczyzna	7. Kwietnia	39·8	—	9384	—	—	—	—	—	—	—	*Typhus abdom., pneumon. lobular., nephritis.*
		8. Kwietnia	38·8	4800000	15000	60	—	—	—	—	—	—	Powikłanie stwierdzono dnia 8. Kwietnia.
		9. Kwietnia	36·7	4500000	14000	65	50	37	9	3·5	—	—	*Mors.* Początek choroby 30. Marca.
3.	S. J., lat 17., mężczyzna	4. Kwietnia	40·8	4120000	6000	70	87	9	3	0·5	—	82	Dur brzuszny nie powikłany. Przez cały czas choroby a nawet kilka dni po ustąpieniu gorączki bardzo liczne cienie neutrofilne. 9. Kwietnia wykazano prątki Ebertha w moczu.
		5. Kwietnia	40·8	3600000	7000	—	—	—	—	—	—	—	
		6. Kwietnia	40·2	—	6500	68	70	14	7	6	—	75	
		8. Kwietnia	40·1	4000000	7000	65	67	17	3	2	—	65·5	
		9. Kwietnia	40·1	3500000	7000	65	67	12	9	2	—	—	
		10. Kwietnia	40·3	3500000	7639	64	64	24	8	3	—	70	
		12. Kwietnia	40·2	3360000	5285	65	—	—	—	—	—	—	
		13. Kwietnia	39·2	—	4000	62	65	27	0·5	1·5	—	60	Krwotok kiszkowy.
		14. Kwietnia	38·7	3860000	7500	—	—	—	—	—	—	—	Myelocyty od czasu do czasu się pojawiają w nadzwyczaj skąpej ilości.
		15. Kwietnia	38·1	—	7960	—	—	—	—	—	—	—	
		16. Kwietnia	38·4	4000000	8000	60	78	20	1	0·6	—	40	
		17. Kwietnia	38·6	—	4950	—	—	—	—	—	—	—	
		18. Kwietnia	38·4	3500000	5000	60	76	23	0·5	1·6	—	—	Stan groźny.
		19. Kwietnia	38·9	—	5390	—	—	—	—	—	—	—	
		20. Kwietnia	39·3	3160000	7500	58	90	7·5	1·5	0·5	—	50	
		21. Kwietnia	39·3	—	5464	—	66	30	3	0·5	—	20	
		22. Kwietnia	39·4	3800000	4218	62	—	—	—	—	—	—	
		23. Kwietnia	39·4	3865000	3406	58	58	29	3	3	—	39	
		24. Kwietnia	40·0	3560000	3000	55	—	—	—	—	—	—	
		26. Kwietnia	39·5	3600000	4500	60	63	30	2·6	4	—	28	
		28. Kwietnia	39·8	3800000	4998	62	59	30·8	4·8	5·8	—	23	
		30. Kwietnia	39·6	3560000	2729	58	45	39	5·3	6·5	—	21	
		2. Maja	39·7	3000000	4688	56	35·5	50	7·3	3·2	—	35	

Liczba porządkowa	Imię i nazwisko i wiek chorego	Dzień badania	Ciepłota ciała	Ilość erytrocytów w 1 mm.³	Ilość leukocytów w 1 mm.³	% hemoglobiny	% neutrofilnych	% limfocytów małych	% limfocytów dużych	% przejściowych	% eozynofilnych	% wielojądrzastych	Rozpoznanie i uwagi
		4. Maja	39·9	3120000	4250	55	39.4	50	5	5	—	37	
		6. Maja	39·1	3260000	4570	55	40	43·9	8·5	2·3	—	36	Polepszenie.
		8. Maja	37·7	3249600	5698	52	38·6	45·3	9·6	1·6	2·33	38	
		10. Maja	37·2	2900000	5000	50	36.2	48	6·8	2·5	2·5	32	
		12. Maja	—	[illegible]	5310	50	32·4	55·6	2	3·5	2·5	61	
		14. Maja	—	3500000	7400	60	39·2	50·6	5·3	4	0·5	34	
		17. Maja	—	3000000	8000	55	46	50	5	6	2	48	
		19. Maja	—	2800000	9500	55	47	46	3	2	2	49	
		23. Maja	—	3000000	6000	60	55	37·6	2	1·5	3·16	54	Stan zupełnie dobry, chory nieznacznie tylko osłabiony.
		28. Maja	—	3500000	7000	65	57	34·2	3·5	4	1	56	
		31. Maja	—	3500000	7500	60	62	30·1	3·5	3·5	2	65	
		4. Czerwca	—	4000000	7500	65	66	25	3·0	4·00	2	69	
		17. Czerwca	—	4200000	7862	70	64	24	5	4·5	2·5	70	Zdrów opuszcza klinikę.
4.	B. S., lat 19., kobieta	27. Maja	—	4500000	1998	85	86·8	1·6	1·6	10·0	—	48	Dur brzuszny. Przez cały czas bardzo liczne ciemne neutrofilne, krwawienia obfite jelitowe i nosowe, przypadły mózgowe bardzo zaznaczonego nasilenia.
		28. Maja	—	4800000	2729	80	79·6	16·3	2	2	—	40	
		30. Maja	—	4500000	6000	70	88	10	1	1	—	60	
		31. Maja	—	4300000	12000	75	87	10	2	1	—	70	
		1. Czerwca	—	4500000	16000	80	89	8	2	1	—	79	*Mors.*
5.	B. S., lat 14., kobieta	27. Maja	39·6	4800000	4000	80	65	32·5	1·5	1	—	45	Dur brzuszny z przebiegiem nietypowym poronnym. Z początku liczne ciałka neutrofilne.
		28. Maja	40	4000000	6250	80	80	12·7	4·7	2·5	—	72	
		30. Maja	39·9	4200000	5313	80	66	14·3	2·5	1·3	—	64	
		1. Czerwca	39·7	5000000	7828	85	88·8	8·3	1·6	1	0·4	80	
		3. Czerwca	39·3	4500000	7000	70	62·8	12	3·7	2·6	—	81	
		5. Czerwca	39·7	4500000	7187	60	68·4	22	0·8	2·8	—	65	
		6. Czerwca	38·7	4000000	6250	60	66·2	24	7·8	1·5	0·2	63	
		7. Czerwca	38.9	4400000	4275	58	67·6	25	5·6	1·3	0·5	60	
		9. Czerwca	38·4	—	6250	65	69·3	26·3	2	2	0·8	69	
		11. Czerwca	36·7	5000000	5854	65	81·32	11·32	2·00	3·22	2	81	
		13. Czerwca	—	5300000	6725	70	80	12·8	2·2	3·0	2	80	
		15. Czerwca	—	5000000	6200	70	66	27	2	4	1	66	
		17. Czerwca	—	4800000	7500	65	63	29	2·5	3·5	2	65	
		19. Czerwca	—	4500000	7200	65	65	28	2	4	1	68	
6.	M. J., lat 30., mężczyzna		38·3	5500000	13600	90	93	5	1·5	1·5	—	93	*Pneumonia crouposa.*
			37·6	5000000	12800	85	80	15	2	1	2	82	Po przełamie gorączki.
7.	K. J., lat 30., kobieta	5. dzień	40·0	4800000	18045	60	83	17	—	—	—	83	*Pneumonia bilateral. pos influenc. asthenica in ind. c. indur. apicum., tum. hepatis.*
		7. dzień	38·8	5260000	10042	75·2	18·6	3·2	3·0	1·5	—	—	
		11. dzień	37·8	3500000	8292	75	84·35	14·35	0·0	1·0	—	—	
8.	H. J., lat 18., mężczyzna		40·6	4400000	14000	65	96	3	0·35	0·36	—	96	*Pneumonia crouposa bilateralis.*
			39·6	4200000	9000	65	87	10·2	0·5	1·3	0·87	88	
9.	G. K., lat 25., kobieta		39·4	5000000	7141	80	65	26	5	—	2	—	*Endocarditis acuta subsequente insuff. et stenosi ostii venos. sinistr.*
			38·5	4200000	11022	75	40	25	11	5	10	—	
10.	B. M., lat 31., kobieta	6. dzień	39·5	4400000	18132	80	97	1·4	0·6	1	—	97	*Diphtheria*
		7. dzień	39·0	4500000	18240	70	92	5·3	1	1·7	—	—	
11.	M. mężczyzna	1. dzień	38·4	4600000	12400	—	91	12	1·3	3	—	91	*Diphtheria*
		3. dzień	36·4	4500000	160000	—	85	5	2	1	—	85	
12.	S. K., lat 25., kobieta		39.4	3560000	5400	40	54	44	2	—	—	—	*Tuberculosis pulmonum florida.*
13.	S. A., lat 20., kobieta	22. Maja	39·6	4500000	18000	80	95·5	3·16	0·5	0·62	0·20	96	*Meningitis cerebro-spinalis epidemica*
		25. Maja	40·3	4000000	12500	70	87	11·6	1·5	0·6	0·6	86	
		5. Czerwca	38·7	4000000	16625	55	91·3	7·1	0·6	0·8	—	93	

(Dokończenie nastąpi).

II. O nagłej śmierci.

Napisał

Dr. Edward Piotrowski.

asystent katedry medycyny sądowej w Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

W Zakładzie medycyny sądowej w Kwietniu b. r. sekcyonowałem zwłoki służącej, zmarłej nagle na ulicy. Znalazłem również krwotok podoponowy, tętniaka jednak mimo dokładnego szukania a nawet zmacerowania mózgu nie wykryłem. Hofmann w swej pracy opisał przypadek pęknięcia tętniaka naczynia u podstawy mózgu u cyklisty jadącego na rowerze. Nie zawsze jednak krwotoki podoponowe występować mogą na tle wymienionem. We Wiedniu spotkałem się z przypadkiem u chłopca 19-letniego, który podczas ćwiczeń gimnastycznych nagle ducha wyzionął. Hofmann znalazł przy sekcyi krwotok podoponowy, ale na tle pęknięcia naczynia żylnego opony miękkiej półkuli lewej z wierzchu. Nadzwyczaj często spotykałem się z krwotokami na tle *pachymeningitis haemorrhagica interna*, gdzie jak wiadomo, naczynia w błonach są do tego stopnia kruche, iż nieraz nieznaczny bodziec wystarczał do sprowadzenia pęknięcia tychże naczyń. A ileż to razy znajduje się krwotoki mózgowe na tle pęknięć tętniaków prosówkowych, opisanych przez Charcota i Eichlera, tylko na tle miażdżycy powstałych. Nieraz, gdy aorta dotknięta jest miażdżycą wysokiego stopnia, przychodzi do odrywania się blaszek zwapniałych o ostrych brzegach, które następnie zaniesione prądem krwi do nader wąskich tętnic mózgowych są przyczyną nie zatoru, ale naddarcia ściany, która następnie bardzo łatwo ulega pęknięciu. Z podobnymi przypadkami spotykamy się w mózgu przy zatorach zakaźnych na tle duru lub zapalenia śródsierdzia, przy czem zazwyczaj ropienie jest przyczyną przeżarcia ściany tętniczki mózgowej. Nie mówię już o pęknięciach tętnic na tle złamań lub pęknięć czaszki z powodu urazów, gdyż te przypadki są częste.

U noworodków widzimy bardzo często wielkie wynaczynienia albo pod powłokami czaszki albo też między oponą twardą a sklepieniem czaszki, które nieraz dają powód do nagłego zejścia. Runge tłómaczy, że wynaczynienia pochodzą: 1) z nadmiernej kruchości naczyń, jaką noworodki szczególniej się odznaczają, powtóre zależą od luźnego przyczepienia *pericranium* do kości czaszkowych, wreszcie zależą od przekrwienia wywołanego sprawą porodową całej czaszki przy przesuwaniu się jej przez miednicę. W razie, gdy rozwiązanie odbyło się przy pomocy operacyi, nie wyklucza wcale możności powstania ich na tle urazu. Nieraz krwiaki takie u dzieci są wywołane hemofilią, kiłą lub też zwyrodnieniem tłuszczowem, w takich jednak przypadkach znajdujemy je podobnie i w innych organach. Dowodem tego są przypadki opisane przez Heckera, Buhla [1]) i Mayera, z których ostatni znachodził je nawet u płodów niedonoszonych i zmacerowanych. Bednar [2]) sądzi, że krwiaki, o których mowa, są tylko następstwem rozwiązania a popiera swoje mniemanie tem, że one jawią się zwykle w pierwszych dniach po porodzie. Spielberg i Mertens [3]) upatrują przyczynę w asfiksyi płodów; Fritsch [4]) zaś przypisuje to utrudnieniu porodu, podczas którego, gdy przypadkowo następuje cofnięcie się główki, części miękkie czaszki, przytrzymywane przez części ujścia zewnętrznego lub pochwy, zostając w położeniu tem samem, co poprzednio, muszą sprowadzić odluźnienie powłok czaszkowych od sklepienia, za czem idzie przedarcie naczyń, które podczas porodu uciśnięte nie broczą, co dopiero rozwija się po porodzie.

Najczęściej po krwotokach mózgowych śmierć następuje nader szybko. Znane są jednakowoż przypadki, gdzie mimo znacznego krwotoku śmierć następuje później. I tak Maschka (*Vierteljahr für Ger. Medicin. 1884*) opisał ciekawy przypadek tyczący się pijaka, który w stanie podchmielonym wracając do domu, wpadł głową do murowanego dołu. Przy pomocy wydobył się ztamtąd i poszedł do domu, gdzie dopiero po kilku godzinach życie zakończył. Przy sekcyi znaleziono pęknięcie siodła tureckiego i rozległy krwotok podoponowy. Jeames (*Montpellier méd. 1885*) opisał przypadek u mężczyzny, którego o godz. 6-ej wieczorem uderzono kamieniem w skroń. Człowiek ten zupełnie nie stracił przytomności, powrócił do domu, wieczorem nawet był w teatrze, zkąd przyszedłszy do domu dopiero uczuł się słabym i o godz. 2-ej w nocy życie zakończył. Przy sekcyi znaleziono pęknięcie kości skroniowej lewej i pęknięcie *arteriae meningeae mediae* z następowym krwotokiem rozległym.

Hofmann w *Lehrbuch f. ger. Med. 1895.* podaje przypadek kobiety, która otrzymała uderzenie w głowę od swego męża. W pierwszej chwili straciła przytomność, później jednak przyszła do siebie, zajęła się nawet wieczerzą a umarła dopiero nad ranem. Sekcya wykazała pęknięcie kości potylicznej bez krwotoku. W Styczniu b. r. sam sekcyonowałem zwłoki mężczyzny, który wieczorem uderzony został kołem. Przewrócił się, co prawda, szybko jednak zerwał się do ucieczki, doszedł szczęśliwie do domu a umarł dopiero nazajutrz. Przy sekcyi znalazłem pęknięcie sklepienia czaszki i rozległy krwotok między czaszką a oponą twardą po stronie prawej. Mózg w tem miejscu był znacznie uciśniony. Bardzo często krwotokom mózgowym po urazie towarzyszą krwotoki uszne. Nie tylko jednak krwotoki mózgowe mają tak wielkie znaczenie; i inne też są powodem zejścia śmiertelnego, n. p. krwotoki płucne, które tak dobrze mogą być następstwem urazu, jak i spraw patologicznych, toczących się w ustroju. Suchotnicy kończą najczęściej krwotokami płucnemi, wywołanemi przeżarciem ścian naczyniowych przez sprawę gruźliczą. W chorobach z dyatezą krwotoczną nieraz krwotoki płucne są przyczyną nagłego zejścia. Nierzadko nawet gruczoły, dotknięte pylicą, usadowione między tętnicą a oskrzelem przez rozmiękanie wywołują drożność między naczyniem a oskrzelem i są pośrednio przyczyną nagłych krwotoków zalewających płuca. A ileż to razy na tle zabiegów operacyjnych w krtani, n. p. tracheotomii w ospie z powodu zajęcia błony śluzowej krtani, przychodzi do zakrwawienia i uduszenia krwią dostającą się do płuc. Pęknięcie tętniaków w klatce piersiowej do płuc sprowadza zawsze śmierć nagłą nietylko z uduszenia, ale i niedokrwności. Pęknięcia czy to serca, czy aorty może być nie tylko wywołane

---

[1]) Hecker u. Buhl: Klinik d. Geburtskunde. Lipsk 1861.
[2]) Bednar: Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge. Wien 1851.
[3]) Mertens: Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Tom 24. 1892.
[4]) Fritsch: Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1875.

przez tętniaki, ale może też pochodzić i z innych przyczyn. Sam sekcyonowałem dwa przypadki pęknięcia serca samoistnego podczas porodu. W jednym i drugim przypadku serce było przerosłe i stłuszczałe. Również widziałem przypadek oderwania prawie zupełnego serca od naczyń po przejechaniu. A ileż to razy spotykamy się przy sekcyach policyjnych z krwotokami w osierdziu po ranach postrzałowych serca. Nieraz pęknięcie serca następuje w przebiegu sprawy patologicznej, toczącej się w mięśniu sercowym a przypadki takie na tle zwyrodnienia mięśnia sercowego, nowotworów lub też pasorzytów nie należą wcale do rzadkości. Brouardel opisał przypadek pęknięcia serca u chłopca na tle myomalacyi i *endocarditis ulcerosa* z powodu upadku na ziemię. Według Schustera, który opisał 82 przypadki podobne, nastąpiła śmierć w 24 przypadkach natychmiast, w 29 po kilku minutach.

Achalme (*Rupture du coeur* 1891) opisał przypadek pęknięcia serca przy zarośnięciu całkowitem przedniej tętnicy wieńcowej a Martin, Durr, Salguet, Oliver, Konstner opisują bardzo wiele przypadków pęknięcia serca na tle miażdżycy tętnic wieńcowych lub innych spraw patologicznych. Ciekawymi są przypadki Caspra i Hofmanna, którzy opisali przypadki, w których przez zgniecenie płytami wagonów przyszło do pęknięcia zupełnego klatki piersiowej, przyczem serce na kilka kroków z klatki odrzucone zostało. Wachholz w pracy O śmierci nagłej 1893 zestawił 9 przypadków pęknięcia aorty lub jej tęstniaków a bardzo ciekawym jest przypadek przez niego opisany, tyczący się robotnika zmarłego nagle podczas noszenia lodu do piwnicy, u którego znalazł wielokrotne tętniaki, należące do rzadkości, o których w ostatnich latach nadmienia Aubry i Marfan (*Aneurysmes multiples de l'aorte chez un syphilitique* [illegible] d. 1886) i Murray (*Schmidts Jahrbuch.* 1892). Nieraz nie sprawy toczące się w sercu lub w naczyniach wywołują ich pęknięcie, ale sprawy chorobowe sąsiednich organów. Altmann (*Ueber Perforation der Aorta thor. v. Oesoph. Virchors Archiv* 1882) opisał przypadek pęknięcia aorty w skutek połknięcia kości, która sprowadziła naprzód owrzodzenie i ropienie gardziela a następnie przebicie jego. Pęknięcia aorty zdarzyć się mogą na tle cienkości i wiotkości ścian, (na co zwrócił uwagę Manchot (*Ueber die Entstehung der wahren Aneurysmen Virchows Archiv* 1892) lub też przy rozpoczynających się tętniakach z przyczyny pękania włókien elastycznych w skutek zwyrodnienia warstwy środkowej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z pracowni położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. pod kierunkiem prof. Dra Marsa.

O zmianach błony śluzowej jamy macicy w przypadkach raka części pochwowej i szyi.

Napisał

Dr. Maksymilian Cercha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

Co się tyczy zmian w tkance międzygruczołowej, to w przypadkach, w których mamy zanik błony śluzowej, znajdują się komórki małe okrągłe, lub krótkowrzecionowate a naczyń jest bardzo mało. Te zmiany znajdują się u kobiet w wieku przejściowym, albo później, ale też i u kobiet młodszych, jako objaw wyniszczenia i zmian w odżywieniu organizmu.

W daleko większej liczbie przypadków błona śluzowa jest grubsza a to z powodu powiększenia się liczby gruczołów i z powodu zmian w tkance międzygruczołowej, albo, co jest najczęstsza rzeczą, zmiany tyczą się i gruczołów i tkanki międzygruczołowej. Zwiększanie się liczby gruczołów znajdujemy najczęściej w warstwie błony śluzowej tuż nad mięśniami; czasem bywają one powiększone, rozgałęzione i mają kształt na podłużnym przekroju śrubowaty. Bardzo często gruczoły znajdujemy i w warstwie mięsnej. W tkance międzygruczołowej w przypadkach świeższych jest naciek komórek drobnych okrągłych o jądrach, zajmujących prawie całe światło komórek; w warstwie błony śluzowej powierzchownej są komórki większe, do komórek doczesnej podobne. Naczyń bywa więcej; komórki te większe wrzecionowate ułożone są nieraz w pasma, szczególniej obok gruczołów.

Niema podstawy do wniosku, aby te zmiany odpowiadały naciekowi nowotworowemu, albowiem są to zmiany, jakie spotykamy w sprawach zapalnych. Ruge[16]) już w roku 1880. zwrócił uwagę, że zmiany tkanki międzygruczołowej w sprawach zapalnych mogą wzniecić podejrzenie zmian nowotworowych, mięsakowych, lecz po pewnym czasie przyszedł do przekonania, że one nie mają nic wspólnego z nowotworami.

Saurenhaus jest zdania, że mięsak nigdy nie występuje w postaci nacieku jednostajnego, a chociaż następowo może zająć błonę śluzową w szerokim obszarze, to przecież zawsze punktem pierwotnym bywa ognisko ograniczone. Zawsze Ablowi należy się uznanie, że pierwszy zwrócił uwagę i podjął badania błony śluzowej macicy, dotkniętej rakiem części pochwowej i szyi.

Wykład ten wywołał ożywioną dyskusyę, w której T. Landau i L. Landau obstają przy twierdzeniu Abla, Orthmann zaś, Olshausen, J. Veit i C. Ruge przemawiają w myśl Saurenhausa i tych wszystkich, którzy wykazali, że zmiany błony śluzowej nie okazują cechy nowotworowej, lecz czysto zapalną.

L. Landau oświadcza, że Ruge nie mógł wykazać zmian na błonie śluzowej jamy, ponieważ prof. Schröder wykonywał przeważnie *amputatio supravaginalis*, więc brakło materyału.

Olshausen wykazuje, że doświadczenie kliniczne przemawia przeciw twierdzeniu Abla, i że w literaturze nie zna przypadku, w którymby znaleziono obok raka części pochwowej mięsak w jamie macicy.

J. Veit. Praktyka uczy, że *amputatio* w początkowych okresach może prowadzić do zupełnego wyleczenia i przytacza przykłady.

C. Ruge. Sądzi, że obecność komórek podobnych do komórek doczesny nie może rozstrzygać, że to jest naciek nowotworowy, jak i w ciąży nie mogą one wzbudzić podejrzenia nowotworu. Prof. Waldeyer, na którego powołuje się Abel, powiedział jedynie, że komórki te, podobne są tylko do komórek mięsaka, *die Zellen fast so aussehen* są słowa prof. Waldeyera. — R. twierdzi stanowczo,

[16]) C. Ruge. Z. f. Geburtsh: u. Gyn. 1880. Tom V.

że mięsaki nie występują w postaci nacieku jednostajnego bez zmian gołem okiem widocznych.

Dalej wykazuje, że rozstrzygnięcie, o ile zdanie Abla jest słuszne, lub nie, ma doniosłe znaczenie praktyczne. Jeżeli zdanie to jest słuszne, to jest, jeżeli zmiany opisane przez Abla mamy uważać za mięsak, natenczas należy zdaniem Rugego wycinać każdą macicę, nawet niedotkniętą rakiem części pochwowej, jeżeli po wyskrobaniu błony śluzowej i jamy badanie mikroskopowe wykaże zmiany Abla w błonie śluzowej.

Wypada jeszcze przytoczyć dwie wspólne prace Abla i Landaua. W pierwszej [17]) pracy znajdujemy rozdział pod tytułem *Endometritis chronica*, w którym autorowie oświadczają, że wtedy tylko możemy mówić o sprawie zapalnej, jeżeli mamy dowody, że z produktu zapalnego tworzy się tkanka granulacyjna, w której znajdujemy z jednej strony zmiany wsteczne (*regressive Vorgange*), z drugiej zaś strony mamy zmiany świadczące o tworzeniu się nowej tkanki łącznej a więc naczyń dużo, komórki podobne do przybłonkowych (*epithelioide Zellen*), które Lugler nazywa *Fibroblasten*.

Jeżeli tych cech nie znajdujemy, a mamy mimo to w tkance międzygruczołowej pasma komórek wrzecionowatych i okrągłych a między nimi tu i owdzie komórki duże, do przybłonka płaskiego podobne, to musimy mówić ze stanowiska anatomicznego o nowotworze. Z tą nazwą nowotwór niekoniecznie, mówią autorowie, należy łączyć pojęcie złośliwości, albowiem znamy w organizmie mięsaki, np. opony twardej, w jamie ustnej, w mięśniach prostych brzucha i w sutku, których nie zaliczamy do złośliwych, a Waldeyer [18]) mówi, że pojęcia złośliwości nowotworu nie możemy opierać wyłącznie na badaniu drobnowidowem, złośliwość bowiem zależy jeszcze od innych czynników.

Anatom, zdaniem autorów, nie może i nie powinien się oglądać na objawy kliniczne, lub wyniki leczenia; raczej klinik musi działać w myśl rozpoznania anatomicznego.

Druga [19]) wspólna praca jest wynikiem badania czternastu nowych przypadków raka części pochwowej i błony śluzowej jamy macicy.

Badania te potwierdzają w zupełności zapatrywanie dawniejsze, t. j., że w niektórych przypadkach zmiany na błonie śluzowej jamy macicy należy uważać za nowotworowe (*sarcoma*).

Na poparcie swoich wywodów przytaczają z literatury przypadki a mianowicie Schauty [20]), Binswangera, P. Rugego [21]), Krycinskyego [22]), Pieringa [23]) i Stratza [24]).

Że nowotwór mięsakowy nie zawsze stanowi naciek lub guz ograniczony, jak chce Ruge i Eckardt, dowodzą tego zdania Virchowa i Waldeyera, którzy widzieli nie raz mięsak w postaci nacieku rozlanego. Jeszcze jednę przytaczają okoliczność autorowie w swej pracy a mianowicie, że wielu badaczy zwraca uwagę na to, że obok raka części pochwowej znajdujemy czasem w jamie macicy mięsak, a nawet są tacy, którzy uważają te zmiany mięsakowe za pierwszy okres raka (*sarcomatöses Stadium des Carcinoms*), jak Klob [25]) i Friedlander [26]), co zresztą zgadza się z zapatrywaniem się Virchowa, że punktem rozwoju raka może być tkanka łączna.

E l i s c h e r [27]) badał błonę śluzową różnych okolic jamy macicy w ośmiu przypadkach raka części pochwowej lub szyi i wysnuwa następujące wnioski:

1) W przypadkach raka części pochwowej występują na błonie śluzowej macicy zmiany polegające albo na obecności przerzutów (przyp. II. VI. i VII.) albo też mamy do czynienia ze zmianami zapalnemi.

2) Na błonie śluzowej jamy macicy nie znajdujemy nacieku mięsakowego ani mięsaka.

W pracy Tussenbrocka i Mendesa de Leon [28]) znajdujemy bardzo dokładny opis zmian błony śluzowej macicy w chronicznych sprawach zapalnych, który wykazuje zupełną analogię z opisami zmian Abla i zgadza się w zupełności z obrazem zmian, jakie poniżej przytoczę, opisując swoje przypadki.

Autorowie opisując prawidłową tkankę międzygruczołową mówią wyraźnie, że składa się ona z tkanki łącznej komórkowej, w której spostrzegamy bardzo mało włókien; komórki te mają jądra okrągłe lub wrzecionowate wypełniające prawie całe ciało komórki. Obok naczyń i gruczołów znajdujemy komórki większe wrzecionowate w pasmach.

Często przerost błony śluzowej prowadzić może w końcu przez rozrost tkanki łącznej do zaniku gruczołów a wreszcie zanikać może cała błona śluzowa; niejednokrotnie obydwie sprawy znajdujemy na jednej i tej samej błonie śluzowej.

Ważną rolę odgrywają tu naczynia nowo wytworzone. W okresie przerostu naczynia włosowate ulegają pewnemu drażnieniu, którego następstwem jest (schorzenie) pęcnienie śródbłonka; przez to krążenie w naczyniach włosowatych bywa upośledzone, nareszcie światło naczynia tak się zwęża, że wskutek tego może powstać zanik błony śluzowej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Patogeneza zapalenia otrzewny.

Przez

Dra Karola Kleckiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27).

Przez wprowadzenie do jamy brzusznej królików *bacilli pyocyanei* wywoływał autor zapalenie otrzewny włóknikowo-krwawe. Świeży kał króliczy, wprowadzony do jamy brzusznej zwierzęcia zdrowego, sprowadzał zapalenie otrzewny. Taki sam kał filtrowany lub sterylizowany metodą T y n d a l l a (przez kilka dni w 58°) nie wywoływał zapalenia otrzewny. Z doświadczeń tych wysnuwa P a w l o w s k y [140]) wniosek,

[17]) T. Landau u. C. Abel. Beitrage zur pathol. Anatomie des Endometriums. Arch. f. Gyn. Tom 345. 165.

[18]) Waldeyer: Virchows Archiv. Tom XLI. s. 503.

[19]) C. Abel u. T. Landau: Ueber das Verhalten der Schleimhaut des Uteruskörpers bei Carcinom der Portio vaginalis. Arch. f. Gyn. Tom 35. s. 214.

[20]) Schauta. Prag. med. Wochenschrift Nr. 28. 1887.

[21]) P. Ruge. Zeitschr. f. Geburts. u. Gyn. Tom XII. s. 202.

[22]) Krycinsky. Zeitschr. f. Geburts. u. Gyn. Tom XII.

[23]) Piering. C. f. Gyn. Tom XII.

[24]) Stratz. C. f. Gyn. 1888. Nr. 50.

[25]) Klob. Pathol. Anatomie der weibl. Sexualorg. Wien 1864.

[26]) Friedländer. Virchows Archiv. Tom 67. s. 190.

[27]) Elischer. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Tom 23. s. 15.

[28]) v. Tussenbrock u. M. de Leon. Zur Pathol. d. Uterusmucosa. Arch. f. Gyn. Tom 47. Z. 3. s. 497.

[140]) P a w l o w s k y: l. c.

że w zapaleniu otrzewny, powstałem po przedziurawieniu jelita, działają zabójczo bakterye, nie zaś składniki chemiczne treści jelita.

Z kału króliczego wyhodował Pawlowsky laseczník, który nazwał *bacillus peritonitidis ex intestinis cuniculi* a który według wszelkiego prawdopodobieństwa był jedną z odmian *bacterii coli communis*. Autor wstrzykiwał ten laseczník do jamy brzusznej królików i wywoływał w ten sposób zapalenie otrzewny włóknikowo-ropne lub ropne. Jakkolwiek Pawlowsky zgadza się na to, że pewne *minimum* bakteryj ropotwórczych, wprowadzonych do jamy brzusznej, może być nieszkodliwem dla otrzewny dzięki silnej resorpcyi, twierdzi jednak, że zapalenie otrzewny powstaje skutkiem działania samych bakteryj. Mechaniczne drażnienie błony otrzewny przez stałe, zwłaszcza twarde ciała, jakoto: kał, agar, gazę, podwiązane tkanki, krew, włóknik a także uszkodzenia śródbłonka otrzewnowego ułatwiają wprawdzie powstanie zapalenia otrzewny, doniosłość tych czynników nie jest jednak wielką. Taką samą rolę odgrywają substancye o własnościach drażniących, jak n. p. olejek krotniowy, który wprowadzony do jamy brzusznej jednocześnie z bakteryami ropnemi przyśpiesza powstanie zapalenia otrzewny.

Główna sprzeczność między wynikami Grawitza[141]) a wynikami Pawlowskiego[142]) polega więc na tem, że pierwszy sądzi, iż bakterye ropne, wprowadzone do jamy brzusznej, mogą wywołać zapalenie otrzewny tylko w pewnych okolicznościach, które starał się bliżej określić; wobec braku zaś tych okoliczności zostają one wchłonięte i unieszkodliwione przez organizm nawet wówczas, gdy je wprowadzono w wielkiej ilości; Pawlowsky zaś twierdzi, że same bakterye ropne, wprowadzone do prawidłowej jamy brzusznej nawet w bardzo małej ilości, stale wywołują ropne zapalenie otrzewny. W celu wyjaśnienia tej sprzeczności podjął pracę doświadczalną Waterhouse[143]). Autor ten wprowadzał do jamy brzusznej królików hodowle gronowca ropnego złocistego, paciorkowca ropnego, *bacilli pyocyanei*, *bacilli peritonitidis ex intestinis cuniculi* (Pawlowskiego[142]), o których jadowitości był przekonał się poprzednio za pomocą odpowiednich szczepień. Bakterye te, zawieszone w wodzie i wprowadzone do jamy brzusznej nawet w stosunkowo wielkich ilościach, nie wywoływały zapalenia otrzewny. Wprowadzone w niewielkiej ilości z moczem lub ze krwią także zapalenia otrzewny nie wywoływały, wprowadzone zaś w wielkiej ilości wywoływały tę zmianę. By wykluczyć działanie produktów bakteryjnych, operował ten autor płynem, który nazywa płynem stafilokokowym a który przygotowywał w ten sposób, że kawałek hodowli agarowej wielkości ziarnka grochu dawał do 10 cm.³ wody. Gronowiec ropny złocisty, wprowadzony do brzucha z kawałkami agaru lub płynną żelatyną, wywoływał zapalenie otrzewny. Zapalenie to występowało i po wprowadzeniu do jamy brzusznej malutkich kawałków skrzepów krwi, wielkości ziarnka grochu, oraz 1 cm.³ płynu stafilokokowego a także po wstrzyknięciu gronowca ropnego z 10-ma cm.³ bulionu. Sterylizowana ropa, oraz 10 kropli płynu stafilokokowego, wstrzyknięte jednocześnie z 10 kroplami olejku terpentynowego, nie wywoływały zapalenia otrzewny. Jeżeli wstrzyknięto do jamy brzusznej najpierw olejek terpentynowy a dopiero po jakimś czasie bakterye, występowało zapalenie otrzewny. Ażeby zbadać rolę, jaką odgrywają w powstawaniu zapalenia otrzewny, uszkodzenia albo rany tej błony, laparotomował Waterhouse[143]) zwierzęta, zakażał ranę brzuszną przez wcieranie w jej brzegi hodowli gronowca ropnego złocistego. Rany gładkie (szyte) trudno było zakazić w ten sposób. Jeśli naprzód posmarowano brzegi rany olejkiem terpentynowym a następnie wcierano bakterye, albo też wcierano bakterye w bardzo wielkiej ilości, następowało zakażenie. Po wycięciu kawałków błony otrzewny, oraz wprowadzeniu bakteryj ropnych do jamy brzusznej, bakterye te zagnieżdżały się w miejscach uszkodzenia otrzewny i wywoływały jej zapalenie.

Zmiany patologiczne w jamie brzusznej, istniejące przed jej zakażeniem, mają według autora doniosłe znaczenie w patogenezie zapalenia otrzewny. Rany jelita n. p. bardzo łatwo podlegają zakażeniu.

Autor wywoływał u zwierząt sztucznie puchlinę brzuszną a po wypuszczeniu płynu zakażał otrzewnę; okazało się, że w takich razach kropla ropy w 30 cm.³ wody przekroplonej była w stanie wywołać rozlane zapalenie otrzewny.

Jak to już wyżej przytoczono, w doświadczeniach Waterhouse'a zwierzęta znosiły zupełnie dobrze zaciśnięcie pętli jelitowych na wzór uwięzłych przepuklin przez 5—6 godzin. Jeśli jednak po tej operacyi wprowadzono 3—10 cm.³ płynu stafilokokowego autora do jamy brzusznej lub wstrzyknięto płyn ten do krwi a nawet po zakażeniu stafilokokami ranki, zrobionej na udzie zwierzęcia, występowało zapalenie otrzewny.

Praca Waterhouse'a potwierdza więc najważniejsze wyniki Grawitza[144]). Słuszność zapatrywań tego autora uznaje także Orth[145]), w którego pracowni została wykonaną praca Waterhouse'a. Orth sądzi, że w zakażeniu ogólnem lub sztucznem wprowadzeniu bakteryj do krwi powstaje wówczas zapalenie otrzewny, gdy wskutek powstałych przedtem zmian patologicznych w jamie brzusznej wytworzyła się tam niejako miejscowa predyspozycya.

Wkrótce po pracy Waterhouse'a[146]) ukazała się obszerna praca Reichla[147]) o etyologii, oraz leczeniu chirurgicznem septycznego zapalenia otrzewny. Reichel wprowadzał do jamy brzusznej psów 0·5 cm.³ świeżego kału z 5 cm.³ żelatyny; następowało wyzdrowienie. Po wprowadzeniu do jamy brzusznej kilku cm.³ kału występowało krwawo zapalenie otrzewny. Po nacięciu jelita, pozostawionego w jamie brzusznej, na 4 razy raz nastąpiło wyzdrowienie, 3 razy zaś zapalenie otrzewny, zakończone śmiercią zwierzęcia. Po wstrzyknięciu 0·5 cm.³ świeżej ropy, wziętej z przypadku *osteomyelitis acuta* z 3 cm.³ żelatyny nastąpiło u jednego psa wyzdrowienie, drugi zaś padł. 2 cm.³ ropy, wziętej z ostrego ropnia dano do 125 cm.³ żelatyny i trzymano przez 3 dni w 37°, poczem dodano 125 cm.³ wody i wprowadzono po połowie tego płynu do jamy brzusznej dwom psom: jeden wyzdrowiał, drugi padł. Po wstrzyknięciu do jamy brzusznej 7 cm.³ 4-ro dniowej hodowli gronowca ropnego złocistego, pochodzącego z ropy, wziętej z czyraka, do której dodano 30 cm.³ żelatyny i 170 cm.³ wody, nastąpiło wyzdrowienie. Do 50 cm.³ hodowli gronowca ropnego złocistego, trzymanej w 37° przez dni 12, dodano 150 cm.³ wody i wstrzyknięto po połowie tego płynu dwom psom do jamy brzusznej; jeden wyzdrowiał, drugi zaś padł.

Na podstawie tych doświadczeń potwierdza Reichel wyniki Grawitza o tyle, że przyznaje, iż otrzewna znosi pewną ilość drobnoustrojów zakaźnych bez szkody. Reichel nie zgadza się jednak z Grawitzem na to, by wprowadzenie nawet w niewielkiej ilości do jamy brzusznej treści kiszek czy kału było nieszkodliwem. Przeciwnie, autor sądzi, że w takich stosunkach kał jest znacznie niebezpieczniejszym, aniżeli czyste hodowle bakteryj ropnych. Nie udało się ani razu Reichlowi, podobnie jak wielu innym autorom, wywołać sztucznie u zwierzą typowego ropnego zapalenia otrzewny.

Reichel wycinał kilkadziesiąt cm.² otrzewny ściennej i wcierał w wytworzoną przez to ranę bakterye ropne lub świeżą ropę. Na 5 takich doświadczeń raz jeden powstało krwotoczne zapalenie otrzewny. W pozostałych 4 doświadczeniach następowało wyzdrowienie. Według tego autora puchlina brzuszna stanowczo sprzyja powstaniu zapalenia otrzewny, gdyż jest ona wyrazem niestósunku pomiędzy re-

[141]) Grawitz: l. c.
[142]) Pawlowsky: l. c.
[143]) Waterhouse: l. c.

[144]) Grawitz: l. c.
[145]) Orth: l. c.
[146]) Waterhouse: l. c.
[147]) Reichel: l. c.

sorpcya z jednej strony a przesiąkaniem z drugiej. Zdaniem jego powstaje zapalenie otrzewny w następujących okolicznościach:

1) Gdy siła resorpcyjna otrzewny nie jest w stanie sprostać zadaniu; dzieje się to wówczas, gdy ilość bakteryj, które dostały się do jamy brzusznej, jest bardzo wielka lub też gdy stale przybywają tam bakterye choćby w niewielkich ilościach;

2) gdy w jamie brzusznej jest zastój płynów, podlegających rozkładowi;

3) w obecności zmian patologicznych błony surowiczej, wskutek których powiększa się przesiąkanie, resorpcya zaś zostaje upośledzoną; ważnym czynnikiem są tu zmiany towarzyszące puchlinie brzusznej, zwłaszcza sprawy przerzutowe, jako to zmiany gruźlicze oraz rakowe. Najłatwiej zaś powstaje zakażenie otrzewny, gdy już poprzednio są w tej błonie zmiany natury zapalnej.

Reichel[118]) tłómaczy różnicę pomiędzy wynikami Grawitza a wynikami Pawlowskyego tem, że jadowitość bakteryj ropnych, używanych do doświadczeń przez obydwu tych badaczów była rozmaitą; oczywiście bakterye, któremi operował Pawlowsky, musiały posiadać niezwykle wielką jadowitość w porównaniu z bakteryami Grawitza. (Ciąg dalszy nastąpi).

Higiena.

Marpmann: Przyczynek do badania bakteryologicznego wody.

Streściwszy znane zarzuty, skierowane przeciw najwięcej używanym metodom badania bakteryologicznego, usiłuje M. podać sposób, któryby pozwalał na stanowcze określenie higienicznej wartości wody nawet osobom w badaniu niewprawnym, lekarzom praktycznym i chemikom.

Zarówno obliczanie ilości kolonij drobnoustrojów w wodzie zawartych, jak oznaczanie ich gatunków, są zdaniem M. postępowaniem żmudnem i zawodnem. Przy pierwszem prawie zawsze, pomimo ostrożności, mających zapobiegać znaczniejszemu rozwojowi nieszkodliwych drobnoustrojów wodnych, otrzymuje się cyfry znacznie większe, niż liczba zarodków, jaka się pierwotnie w świeżo zaczerpniętej wodzie znajdowała i nie rozróżnia się drobnoustrojów chorobotwórczych od nieszkodliwych, które łatwiej i szybciej od tamtych w zwykłej temperaturze się mnożą. Kontrola za pomocą oznaczania gatunków drobnoustrojów wymaga znacznej wprawy i wiedzy fachowej a nie jest pewną, bo nieraz nic wykaże już tych mikroorganizmów, które przypadkowo do wody się dostały, krótko w niej żyją a do rozwoju potrzebują wyższych temperatur; do takich zaś właśnie należy większość chorobotwórczych. Zdaniem M., do określenia wartości wody ze stanowiska bakteryologicznego, wystarczy zupełnie wykluczyć obecność: 1) znanych drobnoustrojów chorobotwórczych, 2) bakteryj kałowych i gnilnych. Z pierwszych znajdować się mogą w wodzie tyfusowe, ropne i przecinkowce cholery; z drugich *bacterium coli*, *bacil. Escherich* i rozmaite, peptonizujące drobnoustroje gnilne. Rozdzielić je można w ten sposób: 1) tyfusowe i im pokrewne rosną na agarze kwaśnym (z dodatkiem 0·2% kwasu cytrynowego), nie rosną na alkalicznym (z dodatkiem 2% węglanu sodowego, 2) przecinkowce rosną na agarze zasadowym, drobnoustroje kałowe i gnilne nie rosną na kwaśnym w temperaturze termostatu.

M. poleca więc następującą metodę: dolawszy próbkę wody do równej ilości wyjałowionego bulionu, stawia się próbówkę zamkniętą na 24 godz. w ciepłocie 30° w termostacie a potem wysiewa hodowle. Jeżeli spostrzega się wzrost:

1) na zasadowej żelatynie w ciepłocie pokojowej 10 do 18°, wskazuje to na obecność drobnoustrojów gnilnych.

2) na zasadowym agarze przy 30 do 37° w termostacie, znaczy bakterye kałowe.

3) na kwaśnej żelatynie przy 20 do 22°, znaczy prątki tyfusowe i pokrewne.

Wysiawszy teraz hodowle płytkowe na pożywce obojętnej, można stwierdzić tożsamość rozwijających się kolonij z tyfusowymi prątkami, z *bacterium coli*, względnie z przecinkowcami, ziarnikami ropotwórczymi a może niekiedy z prątkami węglikowymi. *Bacterium coli* wytwarza na żelatynie ocukrzonej gaz, tyfus zaś nie.

Bakteryologowi nie trudno odróżnić jedne rodzaje od drugich; chemikowi wystarczy wydać orzeczenie ogólne i tak:

Jeżeli z próbki wody, zmieszanej z bulionem, po 24 godzinach stania w termostacie, wyrastają kolonie na kwaśnej żelatynie, można podejrzywać tyfus; kolonie rosnące na zasadowej żelatynie w temperaturze zwykłej, wskazują na to, że woda zanieczyszczona jest treścią kloaczną. Jeżeli w hodowli zasadowej w ciepłocie zwyczajnej nic nie rośnie a w termostacie pojawią się kolonie, dowodzi to obecność bakteryj kałowych. *(Centralblatt f. Bacteriologie und Parasitenkunde.* Tom XVII. 1895. Nr. 11).

Nicolle w pracy wydanej w 1-szym zeszycie *Annales de l'Institut Pasteur* z r. b. potwierdza spostrzeżenia Grimberta i Chantemessa, że z wody zawierającej prątki tyfusowe obok *bacterium coli*, za pomocą znanych dotąd metod tylko te ostatnie wyhodować się udaje. Okoliczność ta osłabia znacznie wartość praktyczną metody Marpmanna. (Przypisek sprawozdawcy). *Dr. Ciechanowski.*

Zapiski terapeutyczne.

95. L. Isnardi: Leczenie przerostu gruczołu krokowego *(prostata)* za pomocą przecięcia i podwiązania sznurka nasiennego (ze szpitala Cottolengo w Turynie). Od czasu, gdy Ramm zaproponował trzebienie do leczenia ciężkich przypadków przerostu gruczołu krokowego (por. Nr. 18. *Przeglądu lekarskiego* z r. 1894.), doniesiono z wielu stron o skuteczności tej metody terapeutycznej.

Ponieważ jednak na trzebienie często nie pozwalają albo chorzy albo okoliczności, przeto autor spróbował przecięcia sznurka nasiennego i podwiązania obydwóch jego końców a dokonawszy w dniu 1. Maja r. b. tej operacyi u mężczyzny 72-letniego, przedstawił go w dniu 14. Czerwca r. b. turyńskiej Akademii lekarskiej jako zupełnie wyleczonego; w szczególności ustąpiło zatrzymywanie się i mimowolne oddawanie moczu, który przedtem mętny i z ropą stał się prawidłowym. Chory może w nocy i przez 7 godzin utrzymać mocz w pęcherzu a gruczoł krokowy, który przed operacyą dosięgał wielkości orzecha, po operacyi nie daje się przez odbytnicę prawie całkiem wymacać. Tak przyjądrze, jak i jądro zmniejszyły się znacznie; jednem słowem nastał stan podobny całkiem do tego, który występuje po przewlekłem zapaleniu wiewiórowem przyjądrza, gdzie takie przychodzi do obliteracyi sznurka nasiennego. *(Centralblatt f. Chirurgie* 13. Lipca 1895).

96. E. Behring i Ransom: Jad cholery i antytoksyna choleryczna (z naukowej stacyi doświadczalnej fabryki w Höchst). I. Rozpuszczalny jad cholery. Jak wiadomo, świnki morskie padają na cholerę wśród znacznego spadku ciepłoty ciała. Jeżeli śwince morskiej wstrzyknie się do jamy brzusznej żywe, jadowite mętwiki (*vibriones*) choleryczne w takiej ilości, że śmierć następuje w 12 godzin, to spostrzega się wkrótce podniesienie temperatury, która przemienia się w rychły spadek między 3. a 4. godziną. Ten spadek temperatury utrzymuje się zwykle do śmierci. Jeżeli wstrzyknie się tyle, iż zwierzę lubo ciężko chore, zdrowieje, to temperatura spada, choć nie tak nagle, do pewnego stopnia, który zostaje w pewnym stosunku do stopnia zatrucia. Po tym spadku podnosi się znów temperatura nieco ponad prawidłową.

Jeżeli zaś wstrzyknie się zwierzęciu do jamy brzusznej mętwiki choleryczne w takiej ilości, iż śmierć następuje w 4 do 6 godzin, wtedy temperatura podnosi się tylko na bardzo

[118]) Reichel: l. c.

krótko, bo już w 15 do 30 minut po wstrzyknięciu nastaje jej spadek, który utrzymuje się aż do śmierci.

Z tego wolno wnosić, iż we wstrzykniętym płynie znajduje się jad w znacznej ilości i że ten jad jest przyczyną spadku temperatury ciała.

Otóż po wielu próbach udało się jad ten z hodowli bulionowych odosobnić od samychże bakteryj i otrzymać płyn, którego 0·5 cm.³ zabija świnkę morską już po 24 godzinach. Jad w tym płynie zawarty działa po wstrzyknięciu tak podskórnem jak i do jamy brzusznej, nie daje się jednak długo utrzymać na tym samym stopniu swej jadowitości, tak iż n. p. płyn zabijający już w ilości 0·5 cm.³ świnkę morską zabijał po 21 dniach dopiero w dawce 1 cm.³ a po 6 tygodniach już nawet prawie całkiem nie działał. Tej zmiany nie udało się powstrzymać ani przez przechowywanie płynu w lodowni ani przez dodanie rozmaitych substancyj konserwujących, przyczem zasługuje na uwagę, iż ogrzanie, chloroform, toluol i kwas karbolowy ani nie zmniejszają jadowitości ani nie opaźniają jej zmniejszania się.

Z tego płynu jadowitego, nie zawierającego, jak już nadmieniono, właściwych bakteryj, można otrzymać substancyą stałą, która ma też samą jadowitość co płyn i której dawka najmniejsza wystarczająca za wstrzyknięciem podskórnem do zabicia świnki morskiej, ważącej 250 gramów wynosi 7 centygramów. Śmierć następuje zwykle w 6—8 godzin a nawet i wcześniej. Po dawce 0·085 giną zwierzęta już w 30—60 minut, po dawkach jeszcze większych (n. p. 0·10 i więcej) już w 15 minut a nieraz nawet tak prędko, iż po wstrzyknięciu nie można ich żywych włożyć do klatki.

Jeżeli zwierzę pada dopiero po kilku godzinach, można obserwować u niego spadek temperatury różny co do stopnia i czasu w miarę ilości użytego do wstrzyknięcia jadu.

II. Antytoksyna choleryczna. Otóż opisanym płynem, nie zawierającym bakteryj i rozczynami owej substancyi stałej immunizowano w sposób zwykły świnki morskie, jagnięta i kozy w celu otrzymania antytoksyny cholerycznej i przekonano się, że surowica takich zwierząt jest skuteczną, jest skuteczną nawet, jeżeli ją wstrzyknie się w innem miejscu, jak jad choleryczny, jeżeli ją wstrzyknie się pod skórę na 48 godzin przed wstrzyknięciem hodowli bulionowej do jamy brzusznej. Z tego wnoszą autorowie:

a) z hodowli cholerycznych można otrzymać płyn działający swoiście a nie zawierający bakteryj właściwych;

b) płyn ten działa podobnie jak wprowadzenie do organizmu żywych hodowli cholerycznych;

c) z płynu tego można otrzymać substancyę stałą działającą równie jak on sam;

d) ze zwierząt cholerze przystępnych i jadem cholery zatrutych można otrzymać surowicę działającą skutecznie tak na jad cholery, jak i na żywe mętwiki choleryczne. *(Deutsche med. Wochenschrift* 18. Lipca 1895).

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 25 Lipca 1895 r.

— W dniu 24. Lipca b. r. odbyło się nadzwyczajne posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem omawiano sprawę słownika lekarskiego oraz uzupełniono dawną komisyę słownikową przybraniem kilkunastu członków. Na zakończenie kol. prof. Walentowicz przedstawił preparaty makroskopowe i mikroskopowe z nowej zarazy świń.

— Rząd austryacki przedłożył Izbie deputowanych w Wiedniu projekt reorganizacyi stanu urzędników lekarskich; główne szczegóły tego projektu są następujące: służbę sanitarną przy starostwach i przy politycznej władzy krajowej pełnić będą koncepiści lekarscy w 10-tej, lekarze powiatowi w 9-tej i starsi lekarze powiatowi w 8-mej klasie rangi, zastosowanej do ustawy z 15. Kwietnia 1873. W każdym okręgu administracyjnym z lekarzy urzędowych $^1/_6$ ma należeć do rangi dziesiątej, $^3/_5$ do dziewiątej i $^1/_6$ do ósmej. Naczelnikowi kraju przysługuje prawo przenoszenia lekarzy urzędowych. Prócz tego do pomocy czy to przy starostwach czy przy władzy krajowej powoływać się będzie asystentów sanitarnych bez wynagrodzenia i z wynagrodzeniem. Z tych asystentów sanitarnych, których liczba nie ma przekraczać połowy liczby koncepistów lekarskich, będzie się wybierać kandydatów na opróżnione posady. W krajach, w których czynnościom urzędowym nie może podołać sam krajowy referent sanitarny, mianowani będą krajowi inspektorowie lekarscy w siódmej klasie rangi. W razie epidemii będą mianowani na czas niebezpieczeństwa dla zagrożonych pod względem sanitarnym okręgów osobni inspektorowie lekarscy z grona starszych lekarzy powiatowych. Ustawa ta ma wejść w życie 1-go Czerwca 1896.

— Miejscowa rada gminna mianowała Dra Kazimierza Smorągiewicza stałym lekarzem miejskim w Sanoku.

— Temi dniami wyszedł z druku: *Podręcznik do analizy chemicznej jakościowej wraz z krótkim przewodnikiem do badań sądowo-chemicznych.* Napisał Dr. Julian Schramm, prof. Uniw. Jagiell. Wydanie drugie, ponownie opracowane i uzupełnione 7-ma rycinami w tekście. Kraków. Nakładem autora. Składy główne w Krakowie w księgarni Gebethnera i Spółki, w Warszawie w księgarni Gebethnera i Wolffa. 8-ka. str. 265. Podręcznik ten opracowany, jak się samo przez się rozumie, na podstawie dzisiejszego stanowiska nauki, przyda się bardzo lekarzom sądowym przez rozdział jeden o alkaloidach, drugi zawierający przebieg rozbioru chemicznego w celu wykrycia trucizn przy badaniach sądowochemicznych.

— Rada państwa w Petersburgu po rozpatrzeniu przedstawienia ministerstwa spraw wewnętrznych poleciła sprzedać posesyą zajętą przez szpital Dzieciątka Jezus w Warszawie zagranicznemu towarzystwu kapitalistów za sumę 1475000 rubli, otrzymane ze sprzedaży sumy oddawać do rozporządzenia warszawskiej rady miejskiej dobroczynności publicznej na rzecz budowy na folwarku świętokrzyskim nowych zabudowań szpitalnych, wznoszenie według sporządzonych projektów nowych gmachów szpitalnych powierzyć tejże radzie i dozwolić ministrowi oświaty na wystosowanie osobnego przedstawienia co do wysokości funduszów potrzebnych na wzniesienie przy szpitalu budynków skarbowych na muzea patologiczne i anatomiczne, laboratorya i t. p.

— Miejsce dla lekarza w m. Torczynie w gubernii wołyńskiej. Listownej informacyi udzieli aptekarz miejscowy.

— **Nekrologia.** Zmarli: W dniu 12. Maja r. b. w Burgdorfie w Szwajcaryi Dr. Józef Stupnicki, wychowaniec b. szkoły głównej warszawskiej i uniwersytetu berneńskiego. — We Lwowie w dniu 21. b. m. Dr. Teodor Jendl w 33. roku życia. — W Płocku w 59. roku życia Władysław Drużyłowski, lekarz powszechnie szanowany dla swej prawości i dobroczynności. — W Heidelbergu słynny otyatra niemiecki, prof. Moos, w 65. roku życia.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 29. K. Stróżewski: O histeryi symulującej organiczne choroby układu nerwowego. S. Pechkranc: Epidemia cholery azyatyckiej z r. 1894. w warszawskim szpitalu starozakonnych (statystyka i symptomatologia). — W *Medycynie* Nrze 29. B Motz: O cięciu nadłonowem i wytworzeniu przetoki u chorych dotkniętych chorobami pęcherza. A. Koral: Pierwsza serya chorych na błonicę, leczonych surowicą przeciwbłoniczą (dokończenie). T. Pawłowicz: Przyczynek do leczenia gorączki połogowej. A. Zaleski: Przypadek posocznicy połogowej wyleczony sztucznem wywołaniem ropnia. — W *Nowinach lekarskich*, Zeszycie lipcowym, Brudzewski: Wydobywanie soczewki z oka wysoko niedomiarowego (*myopia permagna*) jako zabieg leczniczy. A. Beck: O truciznach powstających w ustroju (ciąg dalszy). A. Rosner: Przyczynek do rozpoznawania porodu mnogiego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.